فرح‌زادی، مریم؛ مداحی، محمدابراهیم؛ خلعتبری، جواد (۱۳۹۶). مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی. *پژوهش های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷ (۲)، ۸۹-۶۹.* DOI: 10.22067/ijap.v7i2.65791

مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی

مریم فرح‌زادی[۱]، محمدابراهیم مداحی[۲]، جواد خلعتبری[۳]

تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۸ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۶

چکیده

هدف: مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی بود.

روش: پژوهش از نوع آزمایشی و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان مراجعه‌کننده‌ی ۲۳-۳۸ ساله‌ی دارای نارضایتی از تصویر بدنی در سال ۹۵-۱۳۹۶ به مراکز سلامت شهرداری تهران بود. از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای بر اساس پهنه‌بندی شهرداری تهران پنج منطقه انتخاب و از هر منطقه چهارخانه سلامت به‌تصادف انتخاب شد، بدین طریق ۴۵۳ نفر از مجموع ۲۰ خانه‌ی سلامت حجم نمونه را تشکیل دادند، که با توجه به نمرات برش در پرسشنامه‌ها، ملاک‌های ورود و خروج، درنهایت تعداد ۴۵ زن انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش عبارت از پرسشنامه‌های خرده مقیاس حساسیت بین فردی (SCL-90R)،(Dragutes and others1984)، روابط چندبعدی بدن-خود، (Cash, 1997) بود. گروه‌های آزمایشی ۱۲ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای(هفته‌ای یک جلسه) تحت گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های تجزیه‌وتحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد الف) گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور مشابه سبب بهبود رضایت از تصویر بدن گردیدند ب) گروه‌درمانی شناختی- رفتاری به‌طور معناداری سبب کاهش حساسیت بین فردی در پس‌آزمون شد اما این تأثیر در پیگیری سه‌ماهه پایدار نماند. لذا این روش‌های مداخله در بهبود مشکلات روان‌شناختی این گروه از افراد مؤثر می باشد.

واژه‌های کلیدی: گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، نارضایتی از تصویر بدنی ، حساسیت بین فردی

---

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، maryamfarahzadi.me@gmail.com
۲. استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه شاهد، تهران،(نویسنده‌ی مسئول)، memadahi@yahoo.com
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی ، تنکابن

مقدمه

انسان موجودی زیبا دوست است و تمایل به زیبایی از دیرباز در سرشت او وجود داشته است. اینکه چه ظاهری زیبا است، تحت تأثیر دوره‌ی زمانی و معیارهای مختلفی نظیر معیارهای اجتماعی- فرهنگی، دوستان، خانواده، رسانه‌ها، باورها و نگرش‌های فرد می‌باشد. این عوامل بر تصویر بدنی فرد – یعنی تصویر ذهنی فرد از اندازه، شکل بدن خود ، نیز احساس فرد نسبت به تک‌تک و کل اعضای بدنش ، و اینکه چگونه فرد ارزش، تائید، عدم تائید خود را ارزیابی می‌کند-تأثیر می‌گذارد(Cohen, Blaszcynski, 2015, Grogan, 2006, Huebscher, 2010).

اگرچه این معیارها بر هر دو جنس تأثیر می‌گذارد اما جذابیت ظاهری (فیزیکی) و رضایت بدنی در جامعه به‌عنوان عنصر مهم از مفهوم خودزنان شناخته‌شده است(Thornton, Ryckman, Gold, 2013).

به‌طور مثال رسانه‌ها محصولات آرایشی بیشتری را برای زنان تبلیغ می‌کنند و در تبلیغات خود از زنانی که دارای ظاهر، شکل بدنی خاص و بی‌نقص می‌باشند، استفاده می‌کنند . همچنین در بین خانواده و دوستان مقایسه‌ی ظاهر، شکل بدنی زنان و دختران با این ایده آل‌ها به چشم می‌خورد. چنین پیام‌هایی به‌صورت غیرمستقیم زیبایی و جذابیت را به‌ظاهر و شکل بدنی خاص پیوند می‌زند و طبق نظر بروک، شفر و تامپسون(Burke, Schaefer,Thompson 2012) بر تصویر بدنی تأثیر می‌گذارند. زنان به‌مرور این پیام‌ها را درونی می‌کنند و آن‌ها را به‌عنوان ملاک‌هایی برای ارزیابی زیبایی و جذابیت بکار می‌برند. مسئله‌ی مهم زمانی اتفاق می‌افتد که معیارهای زیبایی درونی شده قابل‌دستیابی نباشند و به شکل‌گیری هدف غیرواقع‌بینانه برای زنان منجر گردند که سبب شرم و نارضایتی از ظاهر و بدن می‌شوند (McLean, Paxton, Wertheim, 2013 & Kinnally, Van Vonderen, 2014).

در ایران، به نظر می‌رسد وجود فرهنگ اسلامی، تأکید آن بر پوشیدن بدن و رعایت اصول دینی در نحوه‌ی حضور در اجتماع مخصوصاً برای زنان در مقایسه با فرهنگ غربی کاهش مشغولیت ذهنی با بدن و ظاهر را به همراه داشته باشد. اما سهولت دستیابی به اطلاعات و رسانه‌ها سبب می‌شود که جریان اطلاعات محدود به یک جامعه‌ی خاص نباشد و زنان ایرانی نیز با اطلاعات گسترده در مورد ایده آل‌های ظاهری مواجه شوند.

برخی از این زنان دچار نارضایتی کلی از تصویر بدنی می‌شوند، اما ملاک تشخیصی برای اختلال خوردن یا اختلال تصویر بدنی را برآورده نمی‌کنند. همان‌طور که لی[1]، ۲۰۰۷ و والکر[2]، ۲۰۱۲ (نقل از

1 .Lee
2 .Walker

(Stefano, Hudson, Whisenhunt, Buchanan, Latner,2016) بیان می‌کنند این نوع نارضایتی کلی بدنی سبب رفتارهای معنادار بررسی بدنی، و افکار منفی نسبت به بدن می‌شود، و موجب پریشانی آن‌ها را فراهم می‌کند.

این گروه از زنان برای از بین بردن نارضایتی از تصویر بدنی[1]، و نزدیک کردن واقعیت بدنی به ایده آل‌های درونی شده از راهبردهای مختلفی نظیر رژیم‌ها، ورزش افراطی، وایت و هایول (White & 2010 Halliwell,)؛ الگوهای رفتاری شبیه اختلال خوردن و لیپوساکشن، فردریک ، کلی، لنتر، سندهو و تی سانگ (Frederick, Kelly,Latner, Sandhu, & Tsong, 2016)؛ آرایش، جراحی زیبایی، پیرسون، هفنر و فولت(Pearson,Heffner, Follette,2010) استفاده می‌کنند.

نمونه‌هایی از راهبردهای فوق در ایران به‌صورت روزافزون مشاهده می‌شود ، بطوریکه آمار نشان می‌دهد، سالانه حدود ۲۵ تا ۳۰ هزار جراحی زیبایی در کشور انجام می‌شود. ازنظر جراحی پلک و صورت ایران در رده چهارم و ازنظر لیپوساکشن، سینه و شکم پس از آمریکا در رده دوم قرار دارد. همچنین طبق آمارهای اعلام‌شده ، ایران از لحاظ واردات محصولات آرایشی دارای مقام هفتم جهان و در مصرف در میان کشورهای منطقه بعد از هند و پاکستان دارای مقام سوم است(Tahmasbi,Tahmasbi,Yaghmaie ,2015 & Kiani, mugouei, 2017).

استفاده از راهبردهای مطرح‌شده ممکن است در ابتدا احساس رضایت را ایجاد کند، اما در درازمدت اثر آن پایدار نمی‌باشد، زیرا این زنان از راهبردهای مطرح‌شده به امید دستیابی به موفقیت، پذیرش اجتماعی و احساس ارزشمندی و کاهش برخی مسائل روانشناختی مانند اضطراب در روابط بین فردی، افسردگی استفاده می‌کنند اما باوجود صرف وقت و هزینه‌ی گزاف موفق به دستیابی به اهداف فوق نمی‌شوند ،لذا نسبت به خود نظر منفی بیشتری پیدا می‌کنند. از سوی دیگر استفاده‌ی مفرط از راهبردها نیز به‌نوبه‌ی خود مشکل‌زا می‌باشند، به‌طور مثال محدود کردن غذا، سبب می‌گردد پس از مدتی فرد به عدم بازداری و پرخوری مبتلا شود ، همچنین رضایت حاصل از جراحی‌های زیبایی در درازمدت باقی نمی‌ماند (Cash& Smolak, 2011) . یکی از مسائلی که زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی با آن مواجه هستند ، حساسیت در روابط بین فردی[2] است. این زنان نسبت به پیام‌های اجتماعی در مورد ظاهر بسیار حساس می‌باشند، لذا ممکن هرگونه اظهارنظر در مورد ظاهر را منفی برداشت کنند. کش و همکاران (۲۰۰۴ نقل از Calogero, Park, Rahemtulla,Williams,2010) نشان دادند که نگرانی درباره‌ی تائید، پذیرش در تعاملات

1 .Body Image Dissatisfaction
2 .Interpersonal Sensitivity

اجتماعی، اختلال در سرمایه‌گذاری ظاهری و نگرانی تصویر بدنی موقعیتی را پیش‌بینی می‌کند، و زنانی که ترس از جذاب نبودن ، نیز ترس از طرد بین فردی را به دلیل نارضایتی از تصویر بدنی تجربه می‌کنند به راهبردهای تغییر شکل بدنی دست می‌زنند به امید اینکه در روابط بین فردی از جذابیت ظاهری استفاده کنند و پذیرش بیشتری بگیرند.

رویکردهای مختلف به تبیین نارضایتی از تصویر بدن و درمان آن پرداختند. بر طبق نظریه‌های شناختی ، توجه انتخابی با فرایند کسب اطلاعات تصویر بدن ترکیب می‌شود و به افزایش هیجانات منفی منجر می‌شود. لذا رفتارهای ناسالم باهدف تغییر شکل بدنی رخ می‌دهد. بر این اساس ، درمان شناختی- رفتاری[1] تصویر بدن به‌منظور کمک به افراد با نارضایتی بدنی ایجادشده است، که می‌توان در این حیطه به پژوهش آشتون، دراپ، ویندور، هینبرگ (Ashton,Drerup, Windover, Heinberg, 2009)، گرینبرگ، مارکوتز، پترونکو، تایلر ، ویلهم و ویلسون (Greenberg, Markowitz, Petronko, Taylor, Wihelm, Wilson, 2010) اشاره نمود.

از سوی دیگر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد[2] عنوان می‌کند، افراد ممکن است برای اجتناب از هیجانات ناخوشایند و افکار آزارنده در حوزه‌های مختلف زندگی که قابل‌کنترل نمی‌باشند، سعی در کنترل بخشی از خود یعنی ظاهر بدنی کنند و از طریق رژیم، ورزش افراطی، جراحی و آرایش ، اجتناب کردن از موقعیت‌های اجتماعی دست به اقدام زنند که سبب انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌گردد. لذا هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی است(Pearson , Follette , Haye, 2012& Nourian, Aghaei, Ghorbani, 2015).

از معدود پژوهش‌هایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای بهبود رضایت بدنی در نمونه‌های بالینی بکار بردند می‌توان به پژوهش غلامحسینی، خدابخشی کولایی و تقوایی (Gholamhoseini, Khodabakhshi Koolaee, Taghvaee, 2015) ، منلیک ، کاچران و کان (Manlinck, Cochran, koon. 2013) و پیرسون و همکاران (Pearson & others,2012)اشاره نمود. همان‌گونه که اشاره شد به دلیل مشکلات متعدد زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی و خلأ پژوهشی، هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان مبتلابه نارضایتی از تصویر بدنی می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی در چارچوب یک طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با دو گروه

---

2. Cognitive- Behavioral Therapy
3. Acceptance and Commitment Approach

آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیگیری سه‌ماهه انجام‌شده است.

جامعه‌ی آماری این پژوهش را زنان ۲۳-۳۸ ساله دارای نارضایتی از تصویر بدنی تشکیل می‌دادند که در سال۹۶-۱۳۹۵ به ۳۵۴ خانه‌ی سلامت شهرداری در مناطق ۲۲ گانه ی تهران مراجعه کرده بودند. نمونه‌ی پژوهش حاضر از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند.

جهت نمونه‌گیری خوشه‌ای بر اساس پهنه‌بندی شهر تهران (شمال، جنوب، شرق ، غرب و مرکز) ازهرجهت جغرافیایی یک منطقه به‌تصادف انتخاب شد(۵، ۱۸، ۲۱، ۴، ۱۰) و از لیست هر منطقه ۴ خانه سلامت را به‌تصادف انتخاب و جمعاً ۲۰ خانه سلامت مشخص گردید. درمجموع ۴۵۳ نفر از ۲۰ خانه سلامت حجم نمونه را تشکیل دادند.

با توجه به توضیحات پرسشنامه که به‌صورت طیف نمرات بررسی می‌شوند، پژوهشگر به‌منظور دستیابی به نمره‌ی برش در مؤلفه‌های نارضایتی از تصویر بدنی، حساسیت بین فردی ۳۰ زن ۳۸-۲۳ ساله را به‌تصادف انتخاب کرد و پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند. در پرسشنامه‌ی روابط چندبعدی بدن-خود (میانگین۱۶۵/۹۳ و انحراف استاندارد۱۱/۹۸) برآورد شد . لذا نمره‌ی برش دو انحراف پایین‌تر از میانگین آن‌ها یعنی ۱۴۲ در نظر گرفته شد. در حساسیت بین فردی(میانگین۲۲/۷۸ و انحراف استاندارد ۲/۴۰)برآورد شد که یک انحراف بالاتر از میانگین حساسیت بین فردی ۲۵ برآورد شد که به‌عنوان نمره‌ی برش در نظر گرفته شد.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط ۴۵۳ نفر ، ۱۸ پرسشنامه به دلیل تکمیل نشدن و مخدوش بودن کنار گذاشته شد. سپس با مقایسه‌ی نمره‌ی افراد در پرسشنامه‌ی روابط چندبعدی بدن-خود با نمره‌ی برش ، تعداد ۱۰۸ نفر که نمره‌ی برش ۱۴۲یا پایین تراز آن را گرفتند، شناسایی شدند. تعداد ۱۰ نفر از این افراد گزینه‌ی عدم تمایل به حضور در ادامه‌ی پژوهش را مشخص کرده بودند که کنار گذاشته شدند. سپس نمرات آن‌ها با نمره‌ی برش حساسیت بین فردی یعنی نمره‌ی برش ۲۵ بررسی شدند و از ۹۸ نفر ۶۱ نفر نمره‌ی برش لازم را در این مقیاس کسب کردند. از ۶۱ نفر باقی‌مانده ۲ نفر سن بالاتر از ۳۸ را در پرسشنامه قید کرده بودند که به دلیل یکی از ملاک‌های ورود یعنی طیف سنی بین ۲۳-۳۸ کنار گذاشته شدند و از ۵۹ نفر باقی‌مانده ۸ نفر به دلیل داشتن عمل جراحی ،(ملاک‌های ورود و خروج) کنار گذاشته شدند و درنهایت از ۵۱نفر ۴۵ نفر به‌تصادف انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. دو گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی- رفتاری(شرح آن در جداول ۱ و ۲ آورده شده است) قرار گرفتند و پس از جلسات، سه گروه مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند و در

مرحله‌ی پیگیری پس از سه ماه از پایان جلسات پرسشنامه‌ها توسط افراد سه گروه تکمیل شدند.

از میان اعضای گروه آزمایش(مبتنی بر پذیرش و تعهد)، ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم، ۴۷ درصد تحصیلات کارشناسی و ۱۳ درصد تحصیلات دانشجوی مقطع کارشناسی داشتند ؛ همچنین در گروه آزمایشی(شناختی- رفتاری) از میان اعضا ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم، ۵۳ درصد تحصیلات کارشناسی و ۷ درصد دانشجوی مقطع کارشناسی داشتند و گروه گواه ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم و ۶۰ درصد تحصیلات کارشناسی داشتند. میانگین سنی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش مبتنی بر پذیرش و تعهد۳۰/۶ سال و گروه شناختی- رفتاری۳۰/۸ سال و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه گواه۳۰/۶۷ سال بود.

ملاک‌های ورود افراد گروه نمونه:

۱) کسب نمره‌ی برش در پرسشنامه‌ها
۲) نداشتن عمل زیبایی
۳) طیف سنی ۲۳-۳۸ ساله
۴) تحصیلات حداقل دیپلم
۵) نداشتن بیماری، مشکلات و سوانحی که سبب تأثیر بر ظاهر جسمی فرد شده باشد.

ملاک‌های خروج افراد گروه نمونه:

۱) غیبت بیش از ۲ جلسه موجب خارج شدن افراد از گروه‌های آزمایشی می‌شود.
۲) برآورده شدن ملاک‌های اختلال خوردن ، بدشکلی بدنی
۳) وجود ضایعات و بیماری‌هایی که ظاهر فیزیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

ابزارها

پرسشنامه چندبعدی نگرش فرد در مورد تصویر بدنی خود[1]: در مطالعه حاضر، نسخه نهایی پرسشنامه چندبعدی نگرش فرد در مورد تصویر بدنی خود که در سال ۱۹۹۷ توسط کش آماده شد، مورداستفاده قرار گرفت که مشتمل بر ۴۶ گویه و شش بعد روابط بدن-خود (شامل ارزشیابی قیافه[2]، جهت‌گیری قیافه[3]، ارزشیابی تناسب‌اندام[4]، جهت‌گیری تناسب‌اندام[5]، وزن ذهنی[6] و رضایت بدنی[7]) می‌باشد که به‌منظور

1.Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire
2. Appearance Evaluation, AE
3. Appearance Orientation, AO
4. Fitness Evaluation, FE
5. Fitness Orientation ,FO
6. Subjective Weight, SW
7. Body Areas Satisfaction, BAS

ارزیابی نگرش افراد درباره ابعاد تصویر بدنی خود بکار می‌رود(Raghibi, Minakhany, 2012). نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت ۵ مقیاس لیکرتی (کاملاً مخالف =۱ ، کاملاً موافق = ۵) است . لازم به ذکر است که در سؤالات ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۳۱ و ۳۲ نمره‌گذاری به‌صورت معکوس صورت می‌گیرد. نمره کلی پرسشنامه در طیف ۴۶ و ۲۳۰ برآورد شده است.

مشخصه‌های روان‌سنجی پرسشنامه روابط چندبعدی بدن- خود در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرارگرفته است. ازجمله در مطالعه‌ای که توسط کش در سال ۱۹۹۴ انجام‌شده، همسانی درونی [1] زیرمقیاس ارزیابی وضع ظاهری، ۰/۸۸و همسانی درونی زیرمقیاس رضایتمندی از نواحی، ۰/۷۷ بود . همچنین زیرمقیاس ارزیابی وضع ظاهری دارای اعتبار ۰/۸۱ و زیر مقیاس رضایتمندی بدنی دارای اعتبار۸۶/ ۰ بود (Wolff, Clark, 2001).

در ایران راحتی(Rahati ,2007) به بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه پرداخت. نتایج مربوط نشان داد که بین تصویر بدنی باعزت نفس، در دختران، پسران و کل نمونه‌های دانشجویی، به ترتیب، همبستگی‌های ۵۲ /۰، ۰/۵۸، ۰/۵۵ به دست آمد. در پژوهش راقبی و مینا خانی (Raghibi& Minakhany,2012)آلفای کرونباخ کل و خرده مقیاس‌های ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه ،ارزشیابی تناسب‌اندام، جهت‌گیری تناسب‌اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی به ترتیب، ۰/۸۴، ۰/۷۱، ۰/۷۸ ، ۰/۶۶، ۰/۷۶، ۰/۸۰، ۰/۷۴ به دست آمد.

خرده مقیاس حساسیت بین فردی پرسشنامه‌ی SCL-90R: در پژوهش حاضر از خرده مقیاس نه گویه ای(۶_۲۱_۳۴_۳۶_۳۷_۴۱_۶۱_۶۹_۷۳) حساسیت بین فردی پرسشنامه‌ی ۹۰ نشانه مرضی(SCL-90R) استفاده گردید. فرم اولیه چک‌لیست علائم روانی(SCL- 90) توسط لیمین و کوری(۱۹۷۳)برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی‌شده است. دراگوتیس و همکاران (1984) پرسشنامه مذکور را مورد تجدیدنظر قرار داده و فرم نهایی آن را بانام فهرست تجدیدنظر شده علائم روانی (SCL-90-R)تهیه نمودند(Ansi, Akbari, Majdian, Atashkar, Ghorbani, 2011).

آزمودنی‌ها در یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرتی از صفر (هیچ) تا چهار (شدید) به گویه ها پاسخ می‌دهند که طیف نمرات صفرتا ۳۶ هست (Najarian, Davoodi, 2001).

در مورد روایی و پایایی پرسشنامه می‌توان اشاره کرد در پژوهش دراگوتیس، ریکلز و راک (۱۹۷۶؛ نقل از Ansi, Eskandari, Bahmanabadi , Noohi , Tavalayi , 2014) ضرایب پایایی سلامت روانی

1. Internal Consistency

کلی و در هر یک از ابعاد نه‌گانه این آزمون در حد مطلوب و رضایت‌بخش گزارش‌شده است. در پژوهش زرگر، صیاد و بساک نژاد (Zargar, Sayad, Bassak Nejad,2012) ضریب پایایی آن۰/۸۳ دست آمد. همچنین در پژوهش مدبریان، شجاعی تهرانی، فلاحی و فقیر پور(Modabernia, Shojaie Tehranie, Falahi, Faghirpour,2009) ضریب آلفا خرده مقیاس حساسیت بین فردی ۰/۷۶ محاسبه شد.

روش اجرا

آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) تحت درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش و شناختی-رفتاری قرار گرفتند که شرح آن به‌طور خلاصه در جداول ذیل آورده شده است:

جدول(۱) جلسات و محتوای گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش(Pearson&others, 2010)

جلسه اول	تسهیل کننده در مورد مقررات گروه شامل تعداد جلسات، عدم غیبت بیش از دو جلسه، ساعت و مکان تشکیل گروه، لزوم مشارکت در بحث‌ها و انجام تکلیف توضیح داد، سپس از اعضا خواست خود را معرفی کنند. تسهیل گر در مورد تصویر بدنی توضیح داد.
جلسه دوم	تسهیل گر در مورد عوامل تأثیرگذار بر تصویر بدنی(نظیر ژنتیک، خانواده، رسانه‌ها و...) توضیح داد. سپس در مورد رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک از اصطلاح دو کوه توضیحاتی را ارائه کرد.سپس در مورد راهبردهای ناکارآمد اعضا در مقابله با تصویر بدنی منفی بحث شد. از اعضا خواسته شد به‌عنوان تکلیف راهبردهای ناکارآمد در مواجهه با تصویر بدنی نظیر اجتناب‌های اجتماعی، وسایل آرایشی و... را یادداشت کنند.
جلسه سوم	تسهیل گر از اعضا خواست تا هر یک راهبردهای ناکارآمد خود را در کلاس به اشتراک گذارند. سپس از آن‌ها خواست تا از طرف ذهن به بدن نامه و سپس خود را جای بدن بگذارند و به ذهن نامه بنویسند. در تمرین دیگر خواسته شد بدون هیچ گفتگویی هر دو نفر به چشمان هم نگاه کنند و پس دو دقیقه شروع به نوشتن حدس‌های خود در مورد اینکه مخاطب چه فکری در موردشان داشته است، کردند و تجربیات خود را به اشتراک گذاشتند .تکلیف خانگی
جلسه چهارم	در مورد مفهوم گسلش شناختی توضیح داده شد، به اعضا توضیح داده شد که افکار در مورد ظاهر را به‌عنوان حقیقت مطلق فرض نموده‌اند. سپس از اعضا خواسته شد کلمه شیر را تکرار کنند تا متوجه شوند به یک‌صدای بی‌معنی تبدیل می‌شود. سپس از استعاره سربازان در حال رژه و تمرین با ذهنت صحبت کن استفاده شد.
جلسه پنجم و ششم	از اعضا خواسته شد به‌منظور تمرین تمرکز بر تنفس در موقعیت آسوده قرار بگیرند و بر نحوه‌ی ورود و خروج تنفس متمرکز باشند. سپس تمرین ذهن آگاهی خوردن انجام شد که بدین منظور تکه‌ای شکلات به اعضا داده و از آن‌ها خواسته شد مطابق دستورات به لمس، جوییدن و بلعیدن آن و احساسات حین این اعمال توجه کنند. در تمرین ذهن آگاهی از هیجانات و تمرین نزدیک شدن به موقعیت دشوار از اعضا خواسته شد بر روی کار برگ‌ها

	موقعیت‌های دشوار را یادداشت و به آن‌ها الویت دهند و سپس از موقعیت‌های کمتر استرس‌آور شروع به تمرین کنند. از اعضا خواسته شد تکلیف خانگی تمرین ذهن آگاهی با استفاده از آیینه را انجام دهند یعنی به بدن نگاه کنند و سپس هیجانات و افکار خود را یادداشت کنند.
جلسه هفتم و هشتم	مرور تکلیف اعضا انجام شد، سپس در مورد خود مفهومی و خود زمینه‌ای توضیح داده شد،برای درک بهتر اعضا از استعاره خانه با مبلمان، داستان خیاط و لباس استفاده گردید .تمرین خانگی اعضا از آن‌ها خواسته شد دو خود مفهومی را شرح دهند، چگونه فکر می‌کنند، چه احساسی دارند، ظاهرشان چگونه است. سپس رفتارهایی را توصیف کنند که دقیقاً با انتظارات آن‌ها در مورد این خود مفهومی متضاد باشد.
جلسه نهم و دهم	تسهیل گر و اعضا به‌مرور تکلیف پرداختند، سپس توضیحاتی در مورد اهداف و ارزش‌ها، تفاوت آن‌ها ارائه گردید. سپس تسهیل گر تمرین زندگی بدون نگرانی از تصویر بدنی را انجام داد و از اعضا خواست ارزش‌های خود را یادداشت کنند و الویت بندی نمایند، سپس از اعضا خواست تا بر طبق اینکه چقدر به ارزش‌ها می‌پردازند نمره دهند. همچنین تمرین لکه نارنجی انجام شد از اعضا خواسته شد دست خود را طراحی و سپس لکه‌ای با مداد نارنجی بر آن قرار دهند و سپس با استفاده از این لکه طراحی کنند.
جلسه یازدهم و دوازدهم	تسهیل گر با مشارکت اعضا هدف‌های رفتاری که در راستای رسیدن به ارزش‌ها می‌باشد توضیح و یادداشت کردند . سپس آموزش الگوریتم (شامل آمیختگی شناختی،ارزیابی تجربه‌ها، اجتناب از تجارب، دلیل برای اجتناب کردن از رفتار) به اعضا داده شد. از آن‌ها خواسته شد تا این سرفصل‌ها را یادداشت کنند و به تمرین بپردازند. سپس جمع‌بندی جلسات، موارد آموزشی و اهداف مدنظر از تشکیل گروه مرور شد و در آخر پس‌آزمون گرفته شد.

جدول(۲) جلسات و محتوای گروه‌درمانی شناختی-رفتاری(Cash, 1988)

جلسه اول	تسهیل کننده در مورد مقررات گروه شامل تعداد جلسات، عدم غیبت بیش از دو جلسه، ساعت و مکان تشکیل گروه، لزوم مشارکت در بحث‌ها و انجام تکلیف توضیح داد، سپس از اعضا خواست خود را معرفی کنند. تسهیل گر در مورد تصویر بدنی توضیح داد.
جلسه دوم و سوم	تسهیل گر از اعضا خواست تا برگه‌های راهنما تکمیل کنند تا بدین‌صورت نسبت به نقاط مثبت و ضعف تصویر بدنی خودآگاه شوند. سپس در مورد عوامل تأثیرگذار بر تصویر بدنی(نظیر محیط، مقایسه‌های اجتماعی، ژنتیک، خانواده و....) توضیحات داده شد و در مورد نارضایتی از تصویر بدنی تاریخچه، آمارهای مکتوب ارائه گردید. از اعضا خواسته شد تا آن‌ها نیز نظرات و تجربیات خود را در مورد مطالب مطرح‌شده ارائه دهند.
جلسه چهارم	تسهیل گر به آموزش (رویداد، باور و پیامد) پرداخت، از اعضا خواسته شد تا تجربیات خود را بیان کنند سپس در چهارچوب الگوی فوق تجربیات آن‌ها صورت‌بندی شد. تکلیف خانگی انجام (رویداد، باور و پیامد)در مورد تجربیات خارج از جلسه بود.
جلسه پنجم	مرور تکلیف هفته‌ی گذشته انجام شد. تمرین آرمیدگی یعنی اعضا در موقعیت راحت قرار گرفتند ، سپس با توجه به موقعیت‌هایی که مراجع از آسان به دشوار ساخته است به انجام تمرین حساسیت‌زدایی منظم پرداخته شد، و بر افکار، هیجانات ناشی از آن موقعیت‌ها تمرکز شد. پس از تمرین اعضا شروع به بحث در مورد این تجربه نمودند.

جلسه ششم و هفتم	تسهیل گر در مورد افکار خود آیند منفی و چرخه‌ی فکر، هیجان و رفتار توضیح داد سپس از اعضا خواست تا تجربه‌ای را که سبب شده بود نسبت به‌ظاهر خود هیجان منفی را تجربه کنند یادداشت نمایند، هر یک از اعضا تجربه خود را در کلاس به اشتراک گذاشته و با کمک تسهیل گر شناسایی فرض‌های مشکل‌آفرین صورت گرفت، سپس جایگزین کردن فکر منطقی با مشارکت خود فرد و کمک تسهیل گر انجام شد. تکلیف خانگی عبارت بود از انجام این فرایند برای تجربیات خارج از جلسه و مکتوب کردن آن .
جلسه هشتم	مرور تکلیف جلسه‌ی گذشته، تسهیل گر به توضیح انواع تحریف‌ها در مورد تصویر بدنی(نظیر خوارشماری، ذهن‌خوانی، اغراق، تفکر همه‌یاهیچ و....) پرداخت، سپس از هر یک از اعضا خواسته شد تا موقعیت خاصی را مدنظر قرار دهند و نوع خطاهای شناختی را با توجه به مثال‌ها و توضیحات تسهیل گر مشخص و در کلاس به اشتراک قرار دهند . آموزش مؤلفه‌های دیگر یعنی مجادله و اثرات مجادله با خطاهای شناختی توضیح داده شد. سپس تکلیف خانگی شامل انجام این فرایند بیرون از جلسه به اعضا داده شد.
جلسه نهم	مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، سپس به بررسی اجتناب‌ها و آیین‌های دل‌مشغولی نظیر اجتناب از برخی موقعیت‌های اجتماعی پرداخته شد. تسهیل گر اعضا را با توجه به اینکه هرکدام از اعضا نحوه‌ی اجتناب‌های خود را کشف کرده‌اند تشویق کرد تا نردبان موفقیت برای مواجهه را ایجاد کنند. تسهیل گر بر اساس نردبان مواجهه، یادگیری مرحله هماهنگ کردن(یعنی آمادگی، عمل ، مقابله ، لذت) را آموزش داد.
جلسه دهم	اعضا به بیان نقاط و اظهارنظرهای مثبت به‌ظاهر پرداختند، سپس الویت بندی فعالیت‌های جسمانی بر اساس تسلط و لذت انجام شد. از آن‌ها خواسته شد طبق لیست به‌عنوان تکلیف دریکی از اولویت‌ها و موقعیت‌های اجتماعی قرار بگیرند.
جلسه یازدهم و دوازدهم	مرور تکلیف، اعضا مجدد آزمون‌های مرتبط به تصویر بدنی را تکمیل کردند، سپس به بررسی موانع احتمالی پرداخته شد. راهبردهای جرئت ورزی در موقعیت‌های اجتماعی آموزش داده شد.
جلسه دوازدهم	تسهیل گر به جمع‌بندی جلسات پرداخت، پاسخ به سؤالات اعضا انجام شد و پس‌آزمون اجرا شد.

یافته‌ها

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. ابتدا بررسی مؤلفه‌ی نارضایتی بدنی ، سپس مؤلفه‌ی حساسیت بین فردی ازنظر توصیفی و استنباطی انجام گردید .

جدول(۳) میانگین و انحراف استاندارد نارضایتی بدنی فردی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه

مؤلفه‌ها	مراحل آزمون	پذیرش و تعهد		شناختی-رفتاری		گواه	
		میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD
ارزشیابی قیافه	پیش‌آزمون	۲/۷۲	۰/۳۶	۲/۹۱	۰/۳۴	۲/۷۳	۰/۴۳
	پس‌آزمون	۳/۰۷	۰/۲۷	۳/۱۳	۰/۳۸	۲/۹۵	۰/۳۴
	پیگیری	۳/۱۷	۰/۵۱	۳/۱۳	۰/۴۲	۲/۹۶	۰/۴۰
جهت‌گیری قیافه	پیش‌آزمون	۳/۰۲	۰/۳۳	۳/۲۷	۰/۲۸	۳/۱۹	۰/۳۲
	پس‌آزمون	۳/۱۸	۰/۲۴	۳/۱۱	۰/۳۵	۳/۰۲	۰/۳۶
	پیگیری	۳/۲۸	۰/۳۴	۳/۱۰	۰/۳۳	۲/۹۲	۰/۳۸
ارزشیابی تناسب‌اندام	پیش‌آزمون	۲/۷۶	۰/۴۳	۲/۷۶	۰/۵۴	۲/۷۶	۰/۴۱
	پس‌آزمون	۲/۹۶	۰/۵۵	۲/۹۸	۰/۴۶	۲/۸۲	۰/۵۹
	پیگیری	۲/۹۶	۰/۸۵	۳/۰۷	۰/۹۵	۲/۸۰	۰/۹۶
جهت‌گیری تناسب‌اندام	پیش‌آزمون	۲/۸۱	۰/۲۵	۲/۹۷	۰/۴۰	۲/۹۳	۰/۲۹
	پس‌آزمون	۳/۱۴	۰/۲۹	۲/۸۷	۰/۲۷	۲/۷۲	۰/۳۶
	پیگیری	۳/۱۳	۰/۳۹	۳/۱۲	۰/۳۲	۲/۹۱	۰/۵۳
وزن ذهنی	پیش‌آزمون	۳/۳۷	۰/۷۲	۲/۸۳	۰/۷۰	۳/۳۷	۰/۸۳
	پس‌آزمون	۳/۰۰	۰/۶۳	۳/۳۷	۰/۶۴	۲/۶۷	۰/۹۶
	پیگیری	۲/۷۳	۰/۹۴	۲/۸۷	۰/۹۳	۲/۹۰	۰/۹۳
رضایت بدنی	پیش‌آزمون	۲/۷۴	۰/۵۰	۲/۰۱	۰/۲۴	۲/۱۲	۰/۳۷
	پس‌آزمون	۳/۳۴	۰/۳۰	۳/۳۰	۰/۳۶	۲/۷۴	۰/۴۴
	پیگیری	۲/۷۹	۰/۳۲	۲/۹۸	۰/۲۹	۲/۴۷	۰/۵۲
رضایتمندی کلی از بدن	پیش‌آزمون	۲/۸۴	۰/۱۵	۲/۸۳	۰/۱۳	۲/۸۲	۰/۱۴
	پس‌آزمون	۳/۱۶	۰/۱۲	۳/۰۸	۰/۱۴	۲/۸۴	۰/۱۹
	پیگیری	۳/۰۸	۰/۱۶	۳/۰۸	۰/۱۶	۲/۸۳	۰/۲۱

همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌شود میانگین مؤلفه‌های تصویر بدن و نمره‌ی کلی (رضایت از تصویر بدن) در دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته است. در ادامه تجزیه‌وتحلیل واریانس آمیخته برای متغیر نارضایتی از تصویر بدن در جدول ۴ آورده شده است:

جدول (۴) آزمون تجزیه‌وتحلیل واریانس آمیخته مؤلفه‌های نارضایتی از تصویر بدن

متغیرها	منابع تغییر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌دار	اندازه اثر
ارزشیابی قیافه	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۲/۳۷	۲	۱/۱۹	۷/۶۱	۰/۰۰	۰/۱۵۳
		تعامل آزمون* گروه	۰/۲۵	۴	۰/۰۶	۰/۴۰	۰/۸۱	۰/۰۱۹
		خطا	۱۳/۱۰	۸۴	۰/۱۶			
	بین	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۷۲	۲	۰/۳۶	۲/۵۶	۰/۰۹	۰/۱۰۹
		خطا	۵/۸۹	۴۲	۰/۱۴			
جهت‌گیری قیافه	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۰/۱۰	۲	۰/۰۵	۰/۵۷	۰/۵۷	۰/۰۱۳
		تعامل آزمون* گروه	۱/۲۷	۴	۰/۳۲	۳/۵۳**	۰/۰۱	۰/۱۴۴
		خطا	۷/۵۷	۸۴	۰/۰۹			
	بین	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۴۱	۲	۰/۲۰	۱/۴۴	۰/۲۵	۰/۰۶۴
		خطا	۵/۹۴	۴۲	۰/۱۴			
ارزشیابی تناسب‌اندام	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۰/۹۲	۱/۷۳۸	۰/۵۳	۱/۱۹	۰/۳۱	۰/۰۲۸
		تعامل آزمون* گروه	۰/۲۸	۳/۴۷۵	۰/۰۸	۰/۱۸	۰/۹۳	۰/۰۰۹
		خطا	۳۲/۵۰	۷۲/۹۸۱	۰/۴۵			
	بین	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۴۷	۲	۰/۲۳	۰/۴۰	۰/۶۷	۰/۰۱۹
		خطا	۲۴/۲۷	۴۲	۰/۵۸			
جهت‌گیری تناسب‌اندام	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۰/۶۳	۲	۰/۳۱	۲/۷۵	۰/۰۷	۰/۰۶۱
		تعامل آزمون* گروه	۱/۳۰	۴	۰/۳۲	۲/۸۳*	۰/۰۳	۰/۱۱۹
		خطا	۹/۶۱	۸۴	۰/۱۱			
	بین	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۷۶	۲	۰/۳۸	۲/۵۷	۰/۰۹	۰/۱۰۹
		خطا	۶/۱۹	۴۲	۰/۱۵			
وزن ذهنی	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۲/۸۴	۲	۱/۴۲	۲/۱۵	۰/۱۲	۰/۰۴۶
		تعامل آزمون* گروه	۶/۶۸	۴	۱/۶۷	۲/۵۲*	۰/۰۵	۰/۱۰۷
		خطا	۵۵/۶۴	۸۴	۰/۶۶			
	بین	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۰۷۸	۲	۰/۰۳۹	۰/۰۵۶	۰/۹۴۵	۰/۰۰۳
		خطا	۲۸/۹۸۹	۴۲	۰/۶۹۰			
رضایت بدنی	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۱۵/۷۴	۲	۷/۸۷	۶۴/۲۰**	۰/۰۰	۰/۶۰۵
		تعامل آزمون* گروه	۳/۸۷	۴	۰/۹۷	۷/۸۹**	۰/۰۰	۰/۲۷۳
		خطا	۱۰/۳۰	۸۴	۰/۱۲			

	بین	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۶/۰۴	۲	۳/۰۲	**۱۵/۵۵	۰/۰۰	۰/۴۳۶
		خطا	۸/۱۵	۴۲	۰/۱۹			
رضایتمندی کلی	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۱/۰۴	۲	۰/۵۲	**۹۱/۰۷	۰/۰۱	۰/۶۸
		تعامل آزمون* گروه	۰/۴۴	۴	۰/۱۱	**۱۹/۱۴	۰/۰۱	۰/۴۸
		خطا	۰/۴۸	۸۴	۰/۰۱			
	بین گروهی	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۱/۰۳	۲	۰/۵۱	**۸/۱۳	۰/۰۱	۰/۲۸
		خطا	۲/۶۵	۴۲	۰/۰۶			

نتایج جدول فوق برای رضایتمندی کلی از تصویر بدنی درون‌گروهی و بین گروهی به ترتیب(F=۱۹/۱۴ و F=۸/۱۳ در سطح معناداری P<۰/۰۱) معنی‌دار است.

نتایج در خرده مقیاس‌ها نشان داد که تفاوت میانگین جهت‌گیری قیافه(F=۳/۵۳ ، P<۰/۰۱)، جهت‌گیری تناسب‌اندام(F=۲/۸۳، P<۰/۰۵)، وزن ذهنی(F=۲/۵۲، P<۰/۰۵)، رضایت بدنی(F=۷/۸۹، P<۰/۰۱) در گروه‌های موردمطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنی‌دار است و همچنین در بخش بین گروهی ، تفاوت میانگین رضایت بدنی(F=۱۵/۵۵، P<۰/۰۱) در گروه‌های موردمطالعه در مرحله پیگیری معنی‌دار می‌باشد. با توجه به معنادار شدن F آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی مقایسه‌ی گروه‌درمانی‌ها با گروه کنترل استفاده شد و نتایج آن در جدول شماره ۵ ذکرشده است:

جدول (۵) نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین مؤلفه‌های نارضایتی بدنی و نمره‌ی کل برحسب رویکردهای درمان و مراحل اندازه‌گیری

			میانگین	خطای استاندارد	مقایسه جفتی رویکردها-مراحل		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
جهت‌گیری قیافه	رویکردهای درمان	ACT	۳/۱۶	۰/۰۶	ACT	CBT	۰/۰۰	۰/۰۸	۱
		CBT	۳/۱۶	۰/۰۶		Ctrl	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۴۵
		Ctrl	۳/۰۴	۰/۰۶	CBT	Ctrl	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۴۵
	مراحل	پیش‌آزمون	۳/۱۶	۰/۰۵	پیش‌آزمون با	پس‌آزمون	۰/۰۶	۰/۰۶	۱
		پس‌آزمون	۳/۱۰	۰/۰۵		پیگیری	۰/۰۶	۰/۰۶	۱
		پیگیری	۳/۱۰	۰/۰۵	پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۰۱	۰/۰۶	۱
جهت‌گیری تناسب‌اندام	رویکردهای درمان	ACT	۳/۰۳	۰/۰۵۷	ACT	CBT	۰/۰۴	۰/۰۸۱	۱
		CBT	۲/۹۹	۰/۰۵۷		Ctrl	۰/۱۷	۰/۰۸۱	۰/۱
		Ctrl	۲/۸۵	۰/۰۵۷	CBT	Ctrl	۰/۱۴	۰/۰۸۱	۰/۳
	مراحل	پیش‌آزمون	۲/۹۰	۰/۰۴۸	پیش‌آزمون با	پس‌آزمون	-۰/۰۱	۰/۰۶۷	۱
		پس‌آزمون	۲/۹۱	۰/۰۴۶		پیگیری	-۰/۱۵	۰/۰۷۲	۰/۱

		پیگیری	۳/۰۵	۰/۰۶۳	پس‌آزمون با	پیگیری	-۰/۱۴	۰/۰۷۵	۰/۲
وزن ذهنی	رویکردهای درمان	ACT	۳/۰۳	۰/۱۲۴	ACT	CBT	۰/۰۱	۰/۱۷۵	۱
		CBT	۳/۰۲	۰/۱۲۴		Ctrl	۰/۰۶	۰/۱۷۵	۱
		Ctrl	۲/۹۸	۰/۱۲۴	CBT	Ctrl	۰/۰۴	۰/۱۷۵	۱
	مراحل	پیش‌آزمون	۳/۱۹	۰/۱۱۲	پیش‌آزمون با	پس‌آزمون	۰/۱۸	۰/۱۵۱	۰/۷۳
		پس‌آزمون	۳/۰۱	۰/۱۱۳		پیگیری	۰/۳۶	۰/۱۹۱	۰/۲۱
		پیگیری	۲/۸۳	۰/۱۳۹	پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۱۸	۰/۱۷۰	۰/۹۱
رضایت بدنی	رویکردهای درمان	ACT	۲/۹۶	۰/۰۷	ACT	CBT	۰/۱۹	۰/۰۹	۰/۱۳
		CBT	۲/۷۶	۰/۰۷		Ctrl	۰/۵۱**	۰/۰۹	۰/۰۱
		Ctrl	۲/۴۴	۰/۰۷	CBT	Ctrl	۰/۳۲**	۰/۰۹	۰/۰۱
	مراحل	پیش‌آزمون	۲/۲۹	۰/۰۶	پیش‌آزمون با	پس‌آزمون	-۰/۸۴**	۰/۰۸	۰/۰۱
		پس‌آزمون	۳/۱۳	۰/۰۶		پیگیری	-۰/۴۶**	۰/۰۷	۰/۰۱
		پیگیری	۲/۷۵	۰/۰۶	پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۳۸**	۰/۰۷	۰/۰۱
رضایتمندی کلی بدنی	رویکردهای درمان	ACT	۳/۰۳	۰/۰۳۷	ACT	CBT	۰/۰۳۰	۰/۰۵۳	۱
		CBT	۳/۰۰	۰/۰۳۷		Ctrl	۰/۱۹۸**	۰/۰۵۳	۰/۰۱
		Ctrl			CBT	Ctrl	۰/۱۶۸**	۰/۰۵۳	۰/۰۱
	مراحل	پیش‌آزمون	۲/۸۳	۰/۰۲	پیش‌آزمون با	پس‌آزمون	-۰/۲۰**	۰/۰۱	۰/۰۱
		پس‌آزمون	۳/۰۳	۰/۰۲		پیگیری	-۰/۱۷**	۰/۰۲	۰/۰۱
		پیگیری	۲/۹۹	۰/۰۳	پس‌آزمون با	پیگیری	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۰۹

بر اساس نتایج جدول(۵) مقایسه جفتی میانگین‌ها برحسب رویکردهای درمان و مراحل اندازه‌گیری قابل‌بررسی است. نتایج نشان داد که در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش رضایتمندی کلی از تصویر بدن و رضایت بدنی داشته‌اند و این افزایش به‌طور مشابه در دو گروه پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه ($P<0/01$) ایجادشده است.

همچنین جهت بررسی مؤلفه‌ی حساسیت بین فردی در سه گروه ابتدا شاخصه‌های توصیفی و سپس از واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد و نتایج شاخصه‌های توصیفی در جدول شماره ۶ گزارش شده است:

جدول (۶) شاخص توصیفی حساسیت بین فردی در سه مرحله‌ی اندازه‌گیری برای گروه‌های موردمطالعه

مراحل آزمون	پذیرش و تعهد		شناختی-رفتاری		گواه	
	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD
پیش‌آزمون	۳/۰۵	۰/۲۹	۳/۰۷	۰/۲۶	۳/۰۵	۰/۳۲
پس‌آزمون	۲/۷۸	۰/۲۳	۲/۶۹	۰/۱۸	۲/۹۵	۰/۲۳
پیگیری	۲/۸۰	۰/۱۶	۲/۷۶	۰/۲۰	۲/۹۳	۰/۲۸

همان‌طور که در جدول (۶) ملاحظه می‌شود میانگین حساسیت بین فردی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر(۲/۷۸) و (۲/۶۹) است که در مقایسه با پیش‌آزمون آن‌ها (۳/۰۵) و (۳/۰۷) کاهش داشته است. در ادامه نتایج واریانس آمیخته برای مؤلفه‌ی حساسیت بین فردی در جدول ۷ گزارش‌شده است.

جدول (۷) آزمون تجزیه‌وتحلیل واریانس آمیخته حساسیت بین فردی

منابع تغییر		مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
درون‌گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۱/۷۷	۱/۶۱	۱/۱۰	۲۴/۴۸**	۰/۰۱	۰/۳۷
	تعامل آزمون* گروه	۰/۳۱	۳/۲۲	۰/۱۰	۲/۱۷	۰/۱۰	۰/۰۹
	خطا	۳/۰۴	۶۷/۶۵	۰/۰۴			
بین گروهی	گروه (متغیرهای آزمایشی)	۰/۴۳	۲	۰/۲۲	۲/۰۴	۰/۱۴	۰/۰۹
	خطا	۴/۴۵	۴۲	۰/۱۱			

نتایج به‌دست‌آمده از جدول(۷) در مورد متغیر حساسیت بین فردی نشان داد که در تکرار آزمون(F=۲۴/۴۸، P<۰/۰۱) تفاوت میانگین حساسیت بین فردی گروه‌های موردمطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنی‌دار است. با توجه به معنادار شدن F تکرار آزمون برای متغیر حساسیت بین فردی انجام مقایسه‌های پس از تجربه ضروری است که در جدول ذیل گزارش‌شده است.

جدول (۸)نتایج آزمون بنفرونی حساسیت بین فردی در مراحل اندازه‌گیری

		میانگین	خطای استاندارد	مقایسه جفتی رویکردها- مراحل		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
مراحل	پیش‌آزمون	۳/۰۶	۰/۴۴	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۲۴۵**	۰/۰۴	۰/۰۱
	پس‌آزمون	۲/۸۰	۰/۳۲	با	پیگیری	**۰/۲۳۰	۰/۰۵	۰/۰۱
	پیگیری	۲/۸۳	۰/۰۳۳	پس‌آزمون با	پیگیری	-۰/۰۲۴	۰/۰۳	۱

بر اساس نتایج جدول(۸)مقایسه جفتی میانگین کلی متغیر حساسیت بین فردی برحسب مراحل اندازه‌گیری قابل‌بررسی است. مقایسه‌ها نشان داد که نمرات حساسیت بین فردی فقط در گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش یافت(P<۰/۰۱)، اما این کاهش در پیگیری سه‌ماهه حفظ نشد.

نتیجه

همان‌طور که قبلاً هم اشاره شد هدف کلی از پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر میزان نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان ۲۳–۳۸ ساله‌ی مبتلابه نارضایتی از تصویر بدنی شهر تهران بود. به‌طورکلی نتایج نشان داد که نمرات افراد در گروه‌های آزمایش در رضایتمندی کلی از تصویر بدنی و مؤلفه‌ی رضایت بدنی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به‌پیش آزمون افزایش داشت. لازم به ذکر است که این افزایش در دو گروه مشابه اتفاق افتاد. این یافته‌ها با نتایج فوگلویست، پارلینگ، کجلین و گاستافسون(Fogelkvist, Parling, Kjellin, Gustafsson, 2016) ، پیرسون و همکاران(Pearson and others, 2012)، مارکو، پرفینا و بوتلا(Marco, Perpina and Botella, 2013)، مارگولیس و اورسیلو(Margolis & Orsillo,2016)، غلامحسینی و همکاران(Gholamhoseini and others, 2015) و برهانی(Borhani,2014) همسو می‌باشد.

نارضایتی از تصویر بدنی یک سازه‌ی پیچیده از تصویر ذهنی درباره‌ی اندازه، شکل، ظاهر به بدن و احساسات نسبت به این ویژگی‌ها است. این سازه شامل سه مؤلفه‌ی ادراکی، ذهنی و رفتاری است (Sachdev, Mondraty,Wen,Gulliford, 2008) . بر اساس دیدگاه شناختی –رفتاری نگرش‌ها یا طرحواره های مرتبط به شکل، وزن، ظاهر بر فرایند اطلاعات درباره‌ی تصویر بدنی اثر می‌گذارد و به دلیل تعصباتی که در نگرش‌ها وجود دارد، موجب توجه انتخابی می‌گردد که درنهایت به‌نوبه‌ی خود در فرایند پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد. این فرایند فرضیه‌سازی را به وجود می‌آورد که منجر به افزایش هیجانات منفی درباره‌ی تصویر بدنی می‌شود و رفتارهای ناسالم باهدف کاهش هیجانات منفی صورت می‌گیرد مانند رفتارهایی نظیر وارسی بدن، جستجوهای اطمینان بخشی، آرایش، اجتناب از تعاملات اجتماعی و ... (Cash &Smolak, 2011). در نظر گرفتن این موارد در الگوی شناختی –رفتاری کش می‌تواند سبب موفقیت و به دست آوردن بهبودی در تصویر بدنی آزمودنی‌ها به‌صورت کلی و نیز خرده مقیاس رضایت بدنی باشد.در این الگو، افراد بر روی ادراکات، افکار و احساسات خود در مورد تصویر بدنی متمرکز می‌شوند . لذا بنا بر آنچه گفته شد در تمرینات به شناسایی تحریفات شناختی به‌صورت مبسوط پرداخته‌شده است. خطاهای شناختی شامل اغراق در ویژگی‌های ظاهر بدنی، همه‌یاهیچ، فیلتر منفی و ذهن‌خوانی شناسایی‌شده است و از سوی دیگر با توجه به اینکه یکی از سازه‌های مهم دیگر رفتار است با استفاده از تکنیک‌های رفتاری نظیر مواجهه، حساسیت‌زدایی منظم به آن پرداخته‌شده است. آنچه در این الگو به آن پرداخته‌شده است تأکید بر امکان ایجاد و رضایتمندی از بدن است درواقع به آزمودنی آموخته می‌شود که چگونه فرصت‌هایی برای

لذت بردن از ظاهر ایجاد کند . بر این اساس فعالیت‌های فیزیکی مثبت و فعالیت‌هایی در مورد پرداختن به‌ظاهر که سبب ایجاد احساس مثبت نسبت به‌ظاهر می‌شود به او پیشنهاد می‌گردد. لذا این گروه‌درمانی با توجه به شناسایی خطاها، بازسازی شناختی، تمرینات رفتاری نظیر مواجهه و جلوگیری از پاسخگویی سبب اصلاح تحریفات شناختی شده است.

از سوی دیگر بر اساس دیدگاه مبتنی بر تعهد و پذیرش زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی به دلیل وجود مشکلات دیگر ازجمله مشکلات در مهارت‌های ارتباطی و مشکلات زندگی که قادر به کنترل و اجتناب از آن‌ها نیستند، تأکید بیش‌ازحد بر روی مسائل مربوط به تصویر بدنی که برخلاف مشکلات دیگر قابل کنترل می‌باشند، می‌کنند. این افراد با استفاده از راهبردهای مختلف کنترل مانند رفتارهای اجتنابی، تغییر در شکل و ظاهر بدنی باعث ایجاد رنج مضاعف می‌گردند. درواقع این راهبردها در درازمدت کمکی به آن‌ها نمی‌کند بلکه سبب گیر افتادن در چرخه‌ی تلاش برای تغییر ظاهر ، جستجوی اطمینان و نارضایتی عمل می‌شود(Pearson & others, 2010).

لذا از طریق تمرینات آزمودنی‌ها درمی‌یابند که راهبردها نتیجه‌ی دلخواه را ایجاد نمی‌کنند. آن‌ها درمی‌یابند که تلاش برای کنترل تصویر بدنی به‌صورت مبارزه‌ی دائمی آن‌ها را درگیر کرده است. از طریق تمرینات مختلف در گسلش شناختی ، دریافتند که برداشت‌های آن‌ها در مورد ظاهر تنها افکار آن‌هاست و مبتنی بر واقعیت‌های موجود نمی‌باشد. همچنین با تمرینات می‌توانند مسائل مهم و باارزش خود را در زندگی شناسایی کنند و لذا انرژی و زمان خود را بجای صرف کردن بر روی مسائل ظاهری ، معطوف به مسائل مهم زندگی کنند و به آن‌ها متعهد باشند.

در مورد مؤلفه‌ی حساسیت بین فردی نتایج حاصل از تجزیه‌وتحلیل آماری نشان داد که فقط گروه‌درمانی شناختی- رفتاری(الگوی کش) بر کاهش نمرات حساسیت بین فردی بعد از مداخله(پس‌آزمون) نسبت به قبل از مداخله(پیش‌آزمون) مؤثر بود. لازم به ذکر است اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در پیگیری سه‌ماهه نتیجه‌ی مداخله حفظ نشد.این یافته‌ها با نتایج پژوهش زرگر و همکاران(Zargar and others, 2012)

که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را در کاهش حساسیت بین فردی مؤثر یافتند، همسو بود اما با نتایج پژوهش‌های پالمیرا، کانها، پینتو گوئویا (Palmeira, Cunha., & Pinto-Gouveia, 2017) و دابنمیر، کریستلر، هچت، منینگر، کورواتا، جاوری، اپل (,.Daubenmier., Kristeller., Hecht., Maninger Kurwata., Jhaveri., Epel, 2011) که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را مؤثر دانستند ناهمسو می‌باشد، پژوهشی که درمان‌ها را در درازمدت بررسی نماید، وجود نداشت.

در تبیین یافته‌ها می‌توان اشاره کرد زنانی که از ظاهر خود رضایت ندارند به نظرات دیگران حساس‌تر می‌گردند و در تعاملات اجتماعی استرس را تحمل می‌کنند و تفسیرهای منفی بیشتری دارند. لذا در جستجوی راهبردهای مختلف(نظیر رژیم، جراحی، آرایش و پوشیدن لباس خاص) هستند تا با استفاده از این راهبردها تائید و رضایت دیگران را به دست آورند و استرس‌هایشان کاهش یابد(;ko, Lee, 2015 .(Chow Tan, 2016

در درمان شناختی- رفتاری اعضا در جلسات گروهی به نحوه‌ی توجه انتخابی خود به مشخصه‌های ظاهری در روابط بین فردی پی بردند، آن‌ها از طریق تمرینات، افکار خود آیند منفی یا خطاهای فکری نظیر ذهن‌خوانی‌های خود در روابط بین فردی را شناسایی کردند و دریافتند که چگونه خطاهای فکری بر توجه انتخابی آن‌ها به مؤلفه‌های ظاهری تأثیر گذاشته است و با تمرینات توانستند این خطاها را استخراج کنند و هیجانات مرتبط با خطاها را شناسایی کردند، هیجان‌هایی مانند احساس گناه، شرم، اضطراب و غم که سبب شده بود برای کاهش آن‌ها به‌صورت اغراق‌آمیزی به انجام راهبردهایی نظیر نوع لباس پوشیدن، آرایش، تمایل به جراحی و به تعویق انداختن مناسبات اجتماعی مثل رفتن به کلاس ورزشی تا زمانی که کاهش وزن صورت بگیرد، بیانجامد. در جلسات آرمیدگی و حساسیت‌زدایی منظم آموزش داده شد و با انجام این تمرینات در موقعیت واقعی تلاش برای کنترل اضطراب صورت گرفت. همچنین اعضای گروه شناختی- رفتاری پس از شناسایی خطاهای فکری و به چالش کشیدن آن‌ها، افکار سازگارانه تری را جایگزین نمودند و از طریق این تمرین تأثیر خود گویی های سازگارانه را بر هیجانات و رفتار گزارش دادند.

لذا استفاده از درمان تکلیف مدار نظیر شناختی- رفتاری که دو بعد شناختی(بازسازی شناختی، به چالش کشیدن خطاهای شناختی، جایگزین کردن صدای جدید) و رفتاری(حساسیت‌زدایی منظم، نردبان مواجهه موفقیت‌آمیز ،ابراز خود و جرئت مندی) را هدف قرار می‌دهد نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که مبنای آن ورود فرد به روابط بین فردی باوجود افکار قضاوت گر و نگران‌کننده بود، مؤثرتر می‌باشد. اما در درازمدت به دلیل برخی از مسائل محیطی نظیر عدم تمرین اعضا، فراموشی، فشردگی جلسات همچنین ضعف در مهارت‌های ارتباطی ، مداخلات نتوانسته اثربخشی خود را حفظ کنند .

لزوم بررسی روش‌های مطرح‌شده در این پژوهش با توجه به گستردگی تبلیغات رسانه‌ای ، اینترنتی و ماهواره‌ها درباره‌ی ایده ال های ظاهری که در اکثر مواقع قابل‌دسترسی نمی‌باشد ، بچشم می‌خورد. لذا روش‌های درمانی بکار برده شده در این پژوهش می‌تواند یاریگر ترمیم تصویر بدنی منفی آزمودنی‌ها، و سرمایه‌گذاری انرژی آن‌ها در مسائل باارزش زندگی شود، همان‌گونه که در پژوهش حاضر مشاهده شد که دسترسی به رضایت از تصویر بدنی و کاهش حساسیت بین فردی بدون تغییرات ظاهری و فیزیکی امکان‌پذیر است.

References

Ashton K, Drerup M, Windover A, Heinberg L. (2009). Brief, four-session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases; 5(2)*:257-62.

ANSI, J., Eskandari, M., Bahmanabadi, s., Noohi, S., Tavalayi, A. (2014). Standardization of Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90 -R) of a military Unit. *Journal of military Psychology, 17*(5): 57-67. (In Persian)

ANSI, J., Akbari, F., Majdian, M., Atashkar, M., Ghorbani, Z. (2011).Standardization of mental disorders Symptoms Checklist 90 Revised (SCL -90 -R) in Army Staffs. Journal of Military Psychology, 5(2): 29-37(In Persian).

Burke, N. L., Schaefer, L. M., Thompson, J.K. (2012). *Body Image. In V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behaviour (pp. 365-371)*. New York, NY: Academic Press.

Borhani, S. (2014). *Effectiveness of Cognitive- Behavior Group Therapy" Cash"on improvement body image student with negative body image and depression*[dissertation]. Ferdoosi University. (In Persian)

Cohen R, Blaszczynski A. (2015). Comparative effects of Facebook and conventional media on body image dissatisfaction. *Journal of eating disorders; 3*(1):23.

Calogero RM, Park LE, Rahemtulla ZK, Williams KC. (2010). Predicting excessive body image concerns among British university students: The unique role of appearance-based rejection sensitivity. *Body Image; 7*(1):78-81.

Chow, C.M., Tan, C. C. (2016). Weight status, negative body talk and body dissatisfaction: A dyadic analysis of male friends. *Journal of health Psychology, 21*(8): 1597-1606

Cash TF, Smolak L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford Press.

Cash, T. (1988). *The body image workbook: an 8-step program for learning to like your looks*. Raygan, Niloofar .Tehran: Danjeh publication

Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., & Epel, E. (2011). Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: an exploratory randomized controlled study. *Journal of obesity*, doi:10.1155/2011/651936

Frederick DA, Kelly MC, Latner JD, Sandhu G, Tsong Y. (2016). Body image and face image in Asian American and white women: Examining associations with surveillance, construal of self, perfectionism, and sociocultural pressures. Body image; 16:113-25.

Fogelkvist M, Parling T, Kjellin L, Gustafsson SA. (2016). A qualitative analysis of participants' reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy. *Journal of Eating Disorders. 12*; 4(1):29.

Grogan S. (2006). Body image and health: Contemporary perspectives. Journal of health psychology; 11(4):523-30.

Gholamhoseini B, Khodabakhshi Koolaee A, Taghvaee D. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Body Image in Women with Obesity. *Community Health; 2*(2): 72-79 (In Persian)

Greenberg JL, Markowitz S, Petronko MR, Taylor CE, Wilhelm S, Wilson GT. (2010). Cognitive-behavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder. *Cognitive*

and Behavioral Practice; 17(3):248-58.

Huebscher BC. (2010). Relationship between Body Image and Self Esteem among Adolescent Girls. *The Journal of Social Psychology; 146*:15-30.

Kinnally, W., Van Vonderen, K, E. (2014). Body Image and the Role of Television Clarifying and Modelling the Effect of Television on Body Dissatisfaction. *Journal of Creative Communications; 9(3):* 215–233

Ko, S. H., & Lee, C. S.(2015). Structural relationship between self-esteem, appearance management behavior, body image, interpersonal relationship and hope of adults workers. *Indian Journal of Science and Technology*, *8*(8), 783-789

Kiani, M., Mugouei, F. (2017). Socio-economic factors influencing cosmetic products use by females under 20 years old in Yazdanshahr NajafAbad. *Dermatology and Cosmetic; 4* (1): 1-9. (In Persian)

Manlick CF, Cochran SV, Koon J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy; 43*(2):115-22.

Modabernia, M.J., Shojaie Tehranie, H., Falahi, M., Faghirpour, M. (2009). Normalizing SCL-90R Inventory in Guilan High- School Student. *Guilan University of Medical Sciences, 79:* 58-65. (In Persian).

Marco JH, Perpina C, Botella C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: one year follow-up. *Psychiatry Research; 209*(3):619-25.

Margolis SE, Orsillo SM. (2016). Acceptance and Body Dissatisfaction: Examining the Efficacy of a Brief Acceptance Based Intervention for Body Dissatisfaction in College Women. *Behavioural and cognitive psychotherapy; 44*(4):482-92.

McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH. (2013). Mediators of the relationship between media literacy and body dissatisfaction in early adolescent girls: Implications for prevention. *Body Image; 10*(3):282-9.

Nourian, L., Aghaei, A., Ghorbani, M. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Eating among Obese Women. *Knowledge & Research in Applied Psychology, 2*(16): 15-23. (In Persian)

Najarian, B., Davoodi, A. (2001). Validating of SCL-90R. *Psychology, 5*: 136-149. (In Persian)

Rahati, A. (2007). *The effectiveness of Cognitive Behavioral Strategies on improvement of body image girls* [dissertation]. Tehran University. (In Persian)

Raghibi, M., Minakhany, Gh.(2012). Body Management and its Relation with Body Image and Self Concept. *Knowledge & Research in Applied Psychology, 12*(4): 72-81. (In Persian)

Pearson, A, Follette, V, Hayes SC. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice; 19*(1):181-97.

Palmeira, L., Cunha, M., & Pinta- gouveia, J. (2017). Processes of change in quality of life, weight self- stigma, body mass index and emotional eating after an accetance, mindfulness and compassion- based group intervention (Kg- Free) for women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 1359105316686668

Pearson, A; Heffner, M& Follette, V. (2010). *Acceptance and Commitment therapy for body image dissatisfaction: Apractitioers guide to using mindfulness, acceptance*

and values- based behavior change strategies. New Harbinger Publications.

Thornton B, Ryckman RM, Gold JA. (2013). Competitive orientations and women's acceptance of cosmetic surgery. *Psychology, 4*(01):67.

Tahmasbi S, Tahmasbi Z, Yaghmaie F. (2015). Factors related to cosmetic surgery based on theory of reasoned action in shahrekord students. *Journal of Holist Nursing and Midwifery; 24* (4):53-61. (In Persian)

Sachdev P, Mondraty N, Wen W, Gulliford K. (2008). Brains of anorexia nervosa patients process self-images differently from non-self-images: an fMRI study. *Neuropsychologia; 46*(8):2161-8

Stefano, E. C., Hudson, D. L., Whisenhunt, B. L., Buchanan, E. M., & Latner, J. D. (2016). Examination of body checking, body image dissatisfaction, and negative affect using Ecological momentary assessment. *Eating behaviors, 22,* 51-54

Zargar, Y., Sayad, S., Bassak Nejad. (2012). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing body dysmorphic disorder and interpersonal sensitivity among female high school students. *Medical sciences, 5*(9): 341-349(In Persian)

White J, Halliwell E. (2010). Examination of a sociocultural model of excessive exercise among male and female adolescents. *Body Image. 7*(3):227-33.

Wolff, GE& Clark, MM. (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive–behavioral group therapy for binge eating disorder: A clinical study. *Eating Behaviors. 2*(2):97-1